



# Domanda di iscrizione Amico - persone fisiche

Attenzione! Tutti i campi sono obbligatori

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ chiede

- l'adesione all'AIB in qualità di Amico persona  
 l'adesione all'AIB in qualità di Amico studente

## Dati anagrafici

Cognome e nome \_\_\_\_\_ M  F

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## Recapiti

Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Sede di lavoro o di studio (Denominazione completa, Ente di appartenenza, Via, CAP, Città, Provincia, telefono, fax, e-mail generale dell'Ente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare dove si desidera ricevere le eventuali pubblicazioni periodiche dell'AIB e altre comunicazioni

residenza  sede di lavoro/studio

## Desidero sottoscrivere oltre all'iscrizione come amico anche:

AIB studi cartaceo (3 fascicoli)  Quota PLUS

## Titoli studio

- Diploma Scuola media inferiore  
 Diploma Scuola media superiore  
 Diploma universitario (*Specificare* \_\_\_\_\_)  
 Diploma di laurea (*Specificare* \_\_\_\_\_)  
 Specializzazioni post lauream (*Specificare* \_\_\_\_\_)



# Domanda di iscrizione Amico - persone fisiche

Attenzione! Tutti i campi sono obbligatori

## Posizione attuale

### Tipo di contratto

- Dipendente a tempo indeterminato      barrare in caso di part-time   
 Dipendente a tempo determinato      barrare in caso di part-time   
 Libero professionista  
 Socio o dipendente di cooperativa o società di servizi  
 Atipico  
 Studente (Corso di laurea o diploma:) ...  
 Pensionato  
 Non occupato  
 Altro (*Specificare* \_\_\_\_\_)

### Qualifica (*assimilare le qualifiche se necessario indipendentemente dagli inquadramenti contrattuali*)

- Operatore/Addetto  
 Assistente biblioteca /Aiutobibliotecario  
 Bibliotecario/Funzionario  
 Dirigente  
 Libero professionista  
 Altro (*Specificare* \_\_\_\_\_)

### Tipologia di ente

- Pubblica statale (MBAC)  
 di altri ministeri e organi dello Stato  
 di Enti locali e Regioni  
 di Università (statali e private)  
 di Enti di ricerca  
 Scolastica  
 Ecclesiastica  
 Privata  
 di Aziende ospedaliere o del comparto sanitario  
 di altre aziende e imprese  
 Altre (*Specificare* \_\_\_\_\_)

**Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.** Vi informiamo che i dati personali sopra forniti formano oggetto di trattamento in relazione all'iscrizione all'Associazione Italiana Biblioteche e alla fruizione dei relativi diritti previsti dall'art. 8 dello Statuto vigente. Verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza. I dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che collaborino con il titolare. Potrete in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Associazione Italiana Biblioteche, con sede in Viale Castro Pretorio 105, 00185 Roma. Responsabile del trattamento è il Responsabile amministrativo dell'Associazione.

**Consenso al trattamento dei dati.** Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e di esprimere il suo consenso, previsto dagli art. 23 e ss. della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa. (**NB: in assenza di questo consenso NON sarà possibile procedere con l'iscrizione**)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Modalità di pagamento

- Versamento c.c. postale (*allegare copia*)  
 Versamento c.c. bancario (*allegare copia*)  
 Carta di credito (*allegare ricevuta*)  
 Assegno Segreteria naz./Sezione (*allegare originale o copia*)  
 Contante alla Segreteria naz./Sezione